



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-110 - CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES ASOCIADO A TIMOMA

Durán Muñoz-Cruzado, Virginia María; Pino, Verónica; Sacristán, Cristina; Pérez, Marina; Martos, Juan Manuel; Padillo, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El timoma es un neoplasia infrecuente que deriva de las células epiteliales tímicas. Su relación con patología tiroidea maligna no está bien establecida aunque existen indicios de que estas patologías pueden aparecer asociadas. Presentamos 2 pacientes intervenidos entre 2013 y 2015 por timoma y carcinoma papilar de tiroides.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 65 años con antecedentes de hemangioma hepático, carcinoma basocelular en espalda y papiloma escamoso en laringe, los dos últimos intervenidos sin signos de recidiva. Fue intervenido por masa mediastínica hallada de forma incidental en una TAC de tórax, que en controles evolutivos aumentó de tamaño, realizándose timectomía robótica, con diagnóstico anatomopatológico de timoma tipo B1 de 40 gramos y 12 cm. En el seguimiento se realiza PET-TAC que identifica un nódulo hipercaptante en lóbulo tiroideo izquierdo. Analítica tiroidea normal. En ecografía, dos nódulos en LTD de aspecto benigno de 1,3 y 0,6 cm y un nódulo heterogéneo, hipoecogénico, de bordes mal definidos y con vascularización central en LTI de 8 mm. La PAAF de este es de carcinoma papilar, realizándose tiroidectomía total. La histología muestra un carcinoma papilar convencional multifocal, con nódulo mayor de 1,5 cm y metástasis en uno de 5 ganglios. Caso 2: varón de 71 años con antecedentes de colitis ulcerosa, diverticulosis colónica, diabetes mellitus, neurinoma del acústico, poliartritis palindrómica y cirugía por quiste sacrococcígeo. En estudio por mialgias, se realiza TAC y RMN de cuello y tórax que evidencia un bocio sobre todo en lóbulo derecho, con calcificaciones de aspecto distrófico, componente intratorácico y desplazamiento traqueal y tumoración sólida en mediastino anterior de 10 × 8,8 × 7,9 cm con septo interno y pequeña área quística-necrótica, además de dos hemangiomas hepáticos, páncreas divisum y colesterosis. El estudio hormonal tiroideo es normal. Se realiza hemitiroidectomía derecha y resección de masa mediastínica por cervicotomía y esternotomía. La anatomía patológica informa como timoma tipo AB de 520 g y 11 cm, encapsulado y en el hemitiroides un carcinoma papilar, variante folicular, encapsulado de 4,3 cm. Se procede a la totalización hallándose en la pieza tiroiditis crónica e hiperplasia nodular sin otros focos de carcinoma.

Discusión: La relación de tumores tímicos y patología tiroidea ha sido discutida en los últimos años. El carcinoma de tiroides con diferenciación tímica es una neoplasia rara con histología parecida al carcinoma tímico, que se desarrolla en la glándula tiroides. El carcinoma epitelial tímico intratiroideo también ha sido descrito. Esta relación entre patología tiroidea y tímica ha sido explicada por la teoría de un origen ectópico del timo o bien por la formación de un conducto

timofaríngeo o por remanentes de la bolsa branquial en la glándula tiroides. Sin embargo, no hemos encontrado bibliografía sobre carcinomas de tiroides asociados a timoma. El origen común de las células parafoliculares y el timo en la cresta neural podría explicar una asociación de patología tiroidea y tímica, sin embargo, presentamos dos casos de carcinoma derivado de las células foliculares. Serán necesarios más estudios para esclarecer un posible origen común de estos tumores.